

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1932 - 1933 - N° 100

Travail de la Clinique Chirurgicale de M. le Professeur TIXIER

Valeur Séméiologique et Pronostique
DE
l'Entérorragie
dans l'infarctus intestinal

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTE de MEDECINE et de PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 6 Décembre 1932

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE

PAR

Victor MELNOTTE

Né le 28 Mars 1909, à Rumilly (Haute-Savoie)

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire



IMPRIMERIE INTERSYNDICALE
LYONNAISE

46, Rue de l'Université, 46
LYON

1932

Valeur Séméiologique et Pronostique
de l'Entérorragie
dans l'infarctus intestinal



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1932 - 1933 — N° 100

Travail de la Clinique Chirurgicale de M. le Professeur TIXIER

Valeur Séméiologique et Pronostique
DE
l'Entérorrhagie
dans l'infarctus intestinal

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTE de MEDECINE et de PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 6 Décembre 1932

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE

PAR

Victor MELNOTTE

Né le 28 Mars 1909, à Rumilly (Haute-Savoie)

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire



IMPRIMERIE INTERSYNDICALE
LYONNAISE

46, Rue de l'Université, 46
LYON

1932

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire	M. L. HUGOUNENQ.
Doyen	M. J. LEPINE.
Assesseur	M. MOREL.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CAZENEUVE, ROQUE, LANNOIS, HUGOUNENQ, ROCHET, BARRAL, ROLLET

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. PIC
Cliniques chirurgicales	PAVIOT
Clinique obstétricale et Accouchements	TIXIER
Clinique ophtalmologique	BERARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	VORON
Clinique neurologique et psychiatrique	X. (BONNET, agrégé, chargé de cours)
Clinique des maladies des enfants	NICOLAS
Clinique des maladies des femmes	LEPINE (J.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURIQUAND
Clinique des maladies des voies urinaires	VILLARD
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	COLLET
Clinique et prophylaxie de la tuberculose	GAYET
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	NOVE-JOSSERAND
Chimie biologique et médicale	COURMONT
Chimie organique et Toxicologie	CLUZET
Matière médicale et Botanique	FLORENCE
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	MOREL
Anatomie	MANCEAU
Histologie	GUIART
Physiologie	LATARJET
Pathologie externe	POLICARD
Pathologie interne	DOYON
Pathologie et Thérapeutiques générales	LERICHE
Anatomie pathologique	FROMENT
Chirurgie opératoire	CADE
Médecine expérimentale et comparée, et bactériologie	FAVRE
Médecine légale	PATEL
Hygiène	ARLOING (F.)
Thérapeutique	Etienne MARTIN
Pharmacie et Pharmacologie	ROCHAIX
Hydrologie thérapeutique et climatologie	SAVY
	LEULIER
	PIERY

PROFESSEUR TITULAIRE SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Propédeutique de gynécologie	MM. CONDAVIN
Chargé d'un cours d'Anatomie médico-chirurgicale	THEVENOT (Léon.
Chargé d'un cours d'Embryologie	NOEL.

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Chirurgie expérimentale	MM. TAVERNIER
Stomatologie	PONT

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	DUFOUT	DECHAUME	GUILLEMINET
RHENTER	DEVIC	BERNHEIM	MORENAS
MAZEL	GABRIELLE	POLLOSSON	REBATTU (Ch.)
SANTY	MARTIN (J.)	CHAMBON	REVOL (Ch.)
CHALIER (André)	ROCHET (Ph.)	CIBERT	ENSELME (Ch.)
CHALIER (Joseph)	WERTHEIMER	EPARVIER	SEDALLIAN (Ch.).
DUMAS	GATE		

EXAMINATEURS DE LA THESE :

MM. TIXIER, *Président* ; WERTHEIMER. *Assesseur*

MM. POLLOSSON et CIBERT, *Agrégés*

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PERE

LE DOCTEUR A. MELNOTTE

Officier de la Légion d'Honneur

A MA MERE

A MES SŒURS

A TOUS LES MIENS

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS

A NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TIXIER

Professeur de Clinique Chirurgicale

Membre associé national de l'Académie de Médecine

Officier de la Légion d'Honneur

Il nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre Jury. Nous sommes heureux de lui exprimer ici notre profonde gratitude et notre respectueux attachement.

A MONSIEUR LE DOCTEUR CH. CLAVEL

Chef de Clinique Chirurgicale

*Prosecteur à l'Institut d'Anatomie
de la Faculté de Médecine de Lyon*

Qui nous a inspiré l'idée de ce travail. Il a été pour nous un guide précieux et ne nous a ménagé ni son temps, ni ses conseils.

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre vive reconnaissance.

A NOS JUGES

A NOS MAITRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DES HOPITAUX DE LYON

A NOS MAITRES
DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE
ET DE L'HOPITAL MILITAIRE D'INSTRUCTION DESGENETTES

INTRODUCTION

Parmi les affections aiguës de l'abdomen, les syndromes dits « d'infarctus intestinaux » sont parmi les plus graves et les plus obscurs que l'on connaisse. Ils constituent, dit le Professeur Gosset, « un des chapitres les plus passionnants de la chirurgie ». Les discussions récentes de la Société de Chirurgie tendent à clarifier cette question. Mais comme toujours en pareil cas, quand la clinique, l'anatomie pathologique, l'étiologie ne vont pas de pair, une grande confusion règne sur la question.

Jusqu'à présent en effet, l'infarctus de l'intestin n'est défini que par un aspect anatomique : c'est l'intestin transformé en boudin. En allant au fond des choses, c'est-à-dire en fouillant les observations, on peut se rendre compte que, sous ce nom d'infarctus intestinal, on trouve la relation de plusieurs lésions diverses qui n'ont ni même origine, ni même évolution. Il est troublant de voir rassemblées dans le même cadre nosologique des lésions d'aspect extérieur analogue, mais dont les unes sont fatalement mortelles, alors que les autres aboutissent à la guérison spontanée ou opératoire.

Il y aurait donc le plus grand intérêt à séparer cliniquement ces différentes formes et à les traiter chacune suivant ses indications propres.

Dans ce travail, nous nous sommes proposés, après un bref rappel anatomo-clinique, d'étudier, d'après les observations que nous avons recueillies, la valeur sémiologique de l'entérorragie dans l'infarctus intestinal, puis nous avons tenté une modeste classification. Il ne sera question que des formes chirurgicales de l'infarctus. A dessein, aucune distinction n'a été faite entre l'infarctus artériel et l'infarctus veineux. « L'infarctus intestinal est un, comme l'infarctus pulmonaire, comme l'infarctus rénal pour le clinicien qui l'étudie. » (Sauvé).

CHAPITRE PREMIER

Rappel Anatomo-Clinique

Nous croyons utile, au début de cet exposé, de décrire rapidement l'aspect anatomique des lésions, puis d'esquisser dans ses grandes lignes la symptomatologie de cette affection. Ces notions, pensons-nous, sont indispensables à connaître pour saisir la valeur du signe que nous étudierons par la suite.

1. Lésions anatomiques

Que constate le chirurgien à l'ouverture du ventre ? Un segment d'intestin apparaît noir, violacé, turgescent, augmenté de volume ; au palper, cet intestin est ferme comme s'il était plein, sa paroi est œdémateuse. L'infarctus peut siéger sur n'importe quelle partie de l'intestin, aussi bien sur le grêle que sur le côlon, plus souvent sur le grêle ; son étendue est variable, tantôt limité à un court segment, tantôt étendu à tout le paquet des anses grêles ou à une grande partie des côlons.

Le tube intestinal n'est pas seul atteint, son mésentère participe le plus souvent à l'infarcissement ; il prend la même teinte violette que les tuniques intestinales, la même consistance œdémateuse et la même friabilité. Il faut noter que tantôt les limites de l'infarctus sont nettes, et la lésion dessine alors exactement sur le mésentère un triangle noir à base intestinale et à sommet prévertébral, tantôt les limites sont peu précises et l'on passe progressivement de la couleur rose normale de l'intestin à la teinte violette, puis noire ; de même, sur le mésentère il existe, en bordure de la surface noire, des suffusions sanguines irrégulièrement disposées.

2. *Tableau clinique*

Dans une revue générale très bien documentée, M. Gallavardin écrit : « De tous les infarctus viscéraux, l'infarctus intestinal est certainement le seul qui de par sa situation se prête à une intervention chirurgicale. » Il importe donc d'en faire le diagnostic. Ce dernier était considéré il y a peu de temps encore comme impossible ; il semble en réalité que dans bon nombre de cas, par un examen minutieux du malade, par une interprétation judicieuse des signes physiques surtout, on puisse arriver à l'établir. Il faudra y penser en présence d'un « drame abdominal » pour qu'à l'avenir les erreurs de diagnostic cessent d'être la règle.

Il s'agit presque toujours d'un adulte qui, le plus

souvent, a joui jusqu'alors d'une bonne santé et qui brusquement est pris d'une *douleur d'emblée extrêmement vive*, assez souvent péri-ombilicale ou siégeant dans la fosse iliaque droite, s'irradiant parfois dans la région lombaire. Cette douleur est une des plus vives qu'il y ait. Le malade reste plié en deux, ne peut supporter le poids des couvertures et supplie qu'on ne le touche pas. Les *vomissements*, d'abord alimentaires, puis muqueux, bilieux, ne tardent pas à apparaître ; il est rare que la présence de sang les fasse caractéristiques. Certains auteurs ont, dans ce but, préconisé le lavage d'estomac. Lorsque les signes fonctionnels précités se complètent par l'apparition d'une *diarrhée hydrique, fluide, profuse* et d'une *entérorragie*, le tableau a alors toute sa couleur, mais il est loin d'en être toujours ainsi ; nous discuterons la valeur de ce dernier signe dans le chapitre suivant.

Les signes généraux sont immédiats, ils sont ceux d'un saignement interne : le facies est pâle, angoissé, avec décoloration des muqueuses ; le pouls est petit, filant ; l'hypothermie est presque de règle ; ce sont ces signes de collapsus qui mettent l'accent essentiel dans le tableau, ce qui a fait dire très justement à Mondor : « C'est, de tous les syndromes abdominaux, celui qui se rapprocherait le plus, pour la précocité et la netteté, de celui de l'inondation cataclysmique par grossesse extra-utérine. »

L'examen du malade demande à être fait patiemment et avec minutie. Il permettra de noter le plus souvent un *ventre moyennement distendu*, mais souple, *sans contracture, sans péristaltisme*. A la percussion :

une large zone de matité à contours irréguliers. Par une palpation délicate, combinée au toucher vaginal ou rectal, on aura la sensation d'une *tuméfaction* molle, pâteuse, immobile, en boudin.

C'est avec l'occlusion intestinale et l'appendicite que la confusion est le plus souvent faite ; or, il n'y a ni le météorisme sonore, gargouillant, péristaltique de l'occlusion, ni le ventre de bois classique des péritonites. Le diagnostic le plus difficile paraît être avec la pancréatite hémorragique et la grossesse extra-utérine, à cause des phénomènes de choc.

En résumé, les signes fonctionnels sont ceux d'une occlusion, mais incomplets (pas de péristaltisme, pas de tympanisme) ; les signes physiques sont ceux d'une tuméfaction pâteuse, de contours flous ; les signes généraux ceux d'une hémorragie interne avec collapsus précoce.

CHAPITRE DEUXIÈME

L'Entérorragie

dans l'infarctus intestinal

Dans l'exposé clinique qui précède, nous avons à dessein passé rapidement sur l'entérorragie pour discuter ce signe plus longuement ici.

..Nous nous sommes proposés de vérifier la valeur diagnostique et pronostique de ce symptôme dans les formes spontanément ou chirurgicalement curables de l'infarctus.

Jusqu'à présent l'entérorragie semblait être considérée comme un signe pathognomonique. Lapointe écrivait : « Quand toute évacuation sanglante fait défaut, *ce qui est fréquent*, on ne fait le diagnostic qu'une fois le ventre ouvert. »

Or il est frappant de constater que plus on a affaire à des statistiques récentes, portant sur des cas opérés, plus on voit diminuer la fréquence du symptôme hémorragie intestinale. Déjà en 1910, Sauvé, et en 1924

Lévy-Weissmann signalent une fois sur deux l'absence d'hémorragie intestinale. Croizat et Planchu déclarent que « sur 26 observations recueillies et suffisamment complètes, le melæna est noté 11 fois soit dans la proportion de 42 % des cas » ; mais, dans ces observations, il y en a plusieurs qui sont purement cliniques, sans vérification opératoire ni anatomique, et le melæna y est considéré peut-être d'une façon abusive comme un critérium suffisant de l'infarctus. « L'entérorragie, disent Croizat et Planchu, est un symptôme capital, car seul il affirme le diagnostic dans les cas où il n'y a pas eu de vérification opératoire. »

Cette affirmation est peut-être un peu osée, car, si l'on s'en tient à l'étude des cas comportant un contrôle anatomique, la fréquence de l'entérorragie apparaît au contraire comme minime. Loop, dont l'étude est basée sur plus de 500 cas, déclare que l'hémorragie intestinale manque 7 fois sur 9. Elle faisait défaut 12 fois sur 14 dans la statistique de Brady, de Baltimore. Les expressions employées par les chirurgiens qui ont une grande expérience de la question impliquent, en même temps que l'importance classiquement attribuée à ce signe, l'aveu de son absence habituelle.

Aussi Mondor, au cours de la remarquable étude qu'il a consacrée à l'infarctus intestinal, dans son livre sur « Les diagnostics abdominaux urgents », fait des réserves sur la valeur séméiologique de l'hémorragie intestinale. « Il est singulier, dit-il, de voir que les auteurs ont fait de ce signe, *presque rare dans l'infarctus*, à peu près constant dans l'invagination, le signe révélateur de la thrombose. »

Personnellement, nous avons pu étudier de près 36 observations d'infarctus intestinaux opérés et guéris, soit par résection intestinale, soit spontanément, à la suite d'une simple laparotomie exploratrice. Six fois seulement (Patel, n° 2; Desplas, n° 4; Franck, n° 7; Santy, n° 28; Perdoux, n° 31; Haagen, n° 23), soit dans la proportion de 16 %, on constata des hémorragies intestinales ; dans le cas de Perdoux (guérison spontanée), l'hémorragie survint 24 heures après la laparotomie. Par contre, c'est dans la proportion de 70 à 80 % qu'on a rencontré l'entérorragie dans les cas mortels.

Nous sommes donc amenés à penser :

1° *Que la valeur séméiologique des entérorragies dans l'infarctus intestinal est très faible et ne mérite pas la place qu'on lui donne classiquement. Cela est vrai d'ailleurs seulement pour les infarctus dits chirurgicaux, c'est-à-dire susceptibles d'être traités avec succès par une intervention.*

2° *Au point de vue du pronostic, l'hémorragie intestinale se présente comme un symptôme défavorable, et il est assez rare que les malades ayant présenté ce symptôme aient guéri spontanément ou chirurgicalement.*

Nous voudrions tenter une modeste interprétation de cette valeur séméiologique et pronostique de l'hémorragie dans l'infarctus intestinal. Il n'y a évidemment que deux manières d'expliquer l'absence de mélæna dans ces cas : ou bien il y a eu du sang dans

l'intestin et ce sang ne s'est pas extériorisé, ou bien il n'y a pas eu de sang dans l'intestin.

On peut supposer d'abord que, dans ces formes dites chirurgicales de l'infarctus, il y a une hémorragie au point de vue anatomique, mais que celle-ci n'a pas eu le temps de s'extérioriser. Souvent, en effet, le syndrome abdominal est si brutal, si dramatique, qu'il s'écoule quelques heures à peine entre le moment de son début et l'instant de l'intervention. D'autre part, dans plus de la moitié des cas, il y avait arrêt absolu des matières et des gaz, et les malades furent opérés avec le diagnostic d'occlusion intestinale. Cependant il est plusieurs observations où l'évolution fut plus lente, sans occlusion véritable, et où cependant l'entérorragie fit défaut : Wulsten (n° 11), évolution en deux temps à quatre jours d'intervalle ; Obadalek (n° 30), évolution en deux temps à six jours d'intervalle ; Reed (n° 33), évolution en deux temps à trois jours d'intervalle ; Schwerter (n° 17), deux temps à trois semaines d'intervalle.

On pourrait objecter aussi que la résection, supprimant la portion d'intestin contenant du sang, empêche, lorsqu'elle est précoce, l'entérorragie d'apparaître. Mais nous trouvons de nombreux cas où l'intervention fut uniquement exploratrice et où, après avoir simplement constaté l'infarcissement étendu de l'intestin, le chirurgien referma l'abdomen et vit son malade guérir contre toute attente. Dans ces cas l'entérorragie fit défaut et ne fut pas notée, à notre connaissance, dans les suites opératoires, alors que certainement l'attention des chirurgiens était attirée sur sa possi-

bilité (Etienney, n° 29; Obadalek, n° 30; Reed, n° 33; Deaver, n° 34; Michon, n° 32; Riche, n° 36; Tschudy, n° 35).

Dans ces conditions, on peut se demander s'il existe bien toujours anatomiquement du sang épanché dans la lumière intestinale au cours de tous les syndromes dits d'infarctus. Et ceci va nous amener à chercher parmi les syndromes chirurgicaux de l'infarctus intestinal la possibilité d'une classification : c'est ce qui va faire l'objet du chapitre suivant.

CHAPITRE TROISIÈME

Essai de classification des syndromes d'infarctus intestinaux

Comme nous le disions au début de ce travail, il est certain que sous le nom d'infarctus on a été conduit à publier des lésions en réalité fort disparates, correspondant sans doute à des pathogénies bien différentes. Le seul point commun entre ces observations, c'est l'aspect rouge vineux ou noirâtre des tuniques intestinales, avec ou sans hématome dans les feuillettes du mésentère. Mais cet aspect correspond peut-être à des lésions anatomiques différentes, d'évolution et de pronostic variés.

Il y a peut-être plus qu'une différence de degré entre ces deux extrêmes : d'une part, le grand syndrome mortel, par gangrène des tuniques intestinales due à l'embolie ou à la thrombose étendue des vaisseaux mésentériques ; d'autre part, les lésions observées par les chirurgiens au cours de laparotomies pour syndromes abdominaux aigus, qui peuvent guérir, et cela

parfois sans qu'on intervienne pour réséquer la zone malade.

Dans ce dernier ordre d'idées, nous dirons ici quelques mots d'un groupe d'infarctus d'acquisition récente, assez mystérieux celui-là : nous voulons parler des *infarctus spontanément curables*. Leur connaissance n'était basée jusqu'alors que sur des présomptions cliniques, c'est-à-dire sur la guérison des malades atteints de symptômes abdominaux qui avaient fait craindre l'infarctus intestinal. La preuve n'était pas faite que des lésions constatées d'infarctus pussent guérir sans une intervention chirurgicale d'exérèse. Elle est faite maintenant par plusieurs observations récentes (Etienney, n° 29; Obadalek, n° 30; Perdoux, n° 31; Michon, n° 32; Riche, n° 36; Reed, n° 33; Déaver, n° 34; Tschudy, n° 35; Santy, n° 28).

Quelle est la raison d'être de ces lésions d'infarctus curable ? Il est bien certain qu'ici le terme d'infarctus ne désigne pas des altérations gangréneuses qui seraient spontanément incurables, mais seulement une stase sanguine avec raptus hémorragiques ; mais comme à l'œil nu il est impossible de distinguer les deux stades, le problème reste le même. Il faut noter en particulier que le mésentère est infiltré, ecchymotique dans ces formes passagères comme dans les autres. On ne peut qu'émettre des hypothèses sur leur mécanisme ; sont-ce des volvulus, des étranglements internes qui n'ont pas été reconnus et dont l'opérateur a réalisé la libération sans s'en rendre compte ? Sont-ce des spasmes en rapport avec le système nerveux sympathique et qui disparaîtraient sous l'influence de

la narcose (Gosset, Etienney, Dumont) ? Les artères ne seraient-elles pas toujours aussi terminales qu'on le prétend, et la circulation collatérale pourrait-elle subvenir à l'irrigation du segment thrombosé (Dumont) ? Nous ne le savons pas, et cela est bien excusable puisque la connaissance précise de ces faits est elle-même récente. Mais ce qu'il faut retenir avant tout, c'est la possibilité de voir régresser des lésions intestino-mésentériques que, jusqu'à présent, on croyait définitives.

Dans l'essai de classification qui va suivre, nous n'avons pas fait de chapitre spécial pour cette dernière catégorie d'infarctus. Suivant leur étiologie, ils rentreront dans l'un ou l'autre des cadres que nous avons fixés ; peut-être par la suite pourra-t-on en faire un chapitre spécial bien individualisé.

Classification

I. — *D'abord, il y a ce qu'on peut appeler les faux infarctus* : l'aspect d'infarcissement de l'intestin est réalisé, soit par une maladie générale hémorragipare, soit par des syndromes vaso-moteurs d'origine nerveuse. Citons dans cet ordre d'idées les observations de Bailey concernant certains syndromes intestinaux aigus au cours du purpura : un enfant de 8 ans présentait en même temps que des taches purpuriques, tous les signes de l'invagination intestinale aiguë (il y a donc dans ces cas possibilité d'hémorragie intestinale) ; l'intervention, aussitôt pratiquée, ne décela pas une invagination, mais simplement une hémorragie sous-

séreuse sur une partie du jéjunum. L'abdomen fut re-fermé et l'enfant guérit.

Des *syndromes vaso-moteurs* peuvent aboutir pareillement à une coloration violacée du grêle, parfois même à une véritable apoplexie sous-séreuse, réalisant un aspect extérieur qui, au premier abord, ressemble à l'infarctus. Il est probable que cette lésion n'est pas susceptible d'aboutir à la gangrène, bien que Finney (n° 9), chez un malade atteint d'une maladie de Raynaud, ait dû réséquer 90 cm. de grêle. *Dans ces conditions l'hémorragie intestinale semble faire défaut.* On peut voir d'ailleurs, en cours d'intervention, sous l'influence des manipulations, du sérum chaud, la coloration de l'intestin revenir à la normale. Telle est l'observation de Paul Riche, au sujet de laquelle Gosset a soulevé l'hypothèse d'une pathogénie nerveuse : chez une malade ayant ressenti une douleur brusque dans l'hypocondre gauche, sans entérorragie, avec perception d'une masse pâteuse au milieu d'un ventre souple, Riche intervint au troisième jour de la maladie ; il trouva une anse proche de l'angle iléo-cœcal, dont les deux segments étaient accolés en canon de fusil, sans fausses membranes, sans adhérences, sans étranglement. Sur une longueur de 20 cm., cette anse présentait une coloration lie de vin, avec aspect ecchymotique du mésentère ; en amont et en aval, la transition se faisait brusquement avec l'intestin sain. Cette anse, étalée sur un champ, passa en quelques minutes du rouge bordeaux au rouge groseille, et put finalement être réintégrée sans arrière pensée. La malade guérit.

Au cours de recherches expérimentales entreprises, dans le laboratoire et sous la direction du Professeur Latarjet, sur l'énervation de l'intestin, M. le Docteur Clavel a pu constater, à deux reprises, des faits semblables sur l'intestin du chien. Les sections nerveuses étaient parfois suivies de vaso-dilatation intense, s'accompagnant de suffusions, de véritable apoplexie sanguine sous-séreuse. Il n'y eut pas d'hémorragie intestinale.

Il y a intérêt à bien connaître ces cas et à les différencier des infarctus vrais, afin de ne pas leur opposer une résection pour le moins inutile. Avant de réséquer, il faut s'assurer que l'intestin ne reprend pas, sous les compresses de sérum chaud, une coloration normale et un état de vitalité satisfaisant.

II. — *A l'opposé de ces cas, il y a ceux où l'oblitération vasculaire artérielle ou veineuse ne fait aucun doute.* Ces cas sont souvent incurables par l'étendue, et surtout par la tendance extensive des lésions qui aboutissent à la gangrène ou compromettent la réussite des sutures après résection. Parmi ces observations, il en existe cependant où l'oblitération vasculaire est suffisamment localisée pour permettre la guérison par résection intestinale ou le rétablissement spontané de la circulation dans les parois de l'intestin (Santy, n° 28; Etienney, n° 29). Ces lésions sont secondaires, rarement à une maladie générale embolisante ou thrombosante (Franck, n° 7; Brutt, n° 9), le plus souvent à une infection locale (appendicite : Lapointe, n° 3; Santy, n° 28; Etienney, n° 29); typhoïde:

Petit-Dutaillis, n° 5) ; (fausse couche : Brady, n° 6) ; (dysenterie : Desplas, n° 4) ; (varices : Wulsten, n° 11) ; il s'agissait presque toujours d'une oblitération veineuse. Sur ces 9 cas, 3 s'accompagnaient d'entérorragie (Desplas, n° 4 ; Franck, n° 7 ; Santy, n° 28).

III. — *Entre ces infarctus certains et ces faux infarctus*, il y a toute une série de cas intermédiaires fort difficiles à classer. Il faut mettre à part cependant les observations où il y a eu constatation anatomique ou possibilité d'une *compression par bride, anneau herniaire, volvulus*, etc... (Gosset, n° 20 ; Patel, n° 2 ; Tschudy, n° 35 ; Schœmaker, n° 22 ; Philipowicz, n° 25 ; Parcellier, n° 26) ; une entérorragie est notée dans l'observation de Patel (Thèse de Taravellier, Lyon, 1911). Quand cette variété d'infarctus mécanique se produit au niveau d'une hernie étranglée, elle n'est pas difficile à reconnaître, mais la possibilité d'extension des lésions au delà et en deça du sillon d'étranglement impose au chirurgien le devoir de toujours vérifier l'état du mésentère et de l'intestin au voisinage de l'anse incarcérée, sinon il risquerait de méconnaître des lésions graves qui imposent l'entérectomie. Il existe des cas cliniques plus délicats, c'est lorsque l'infarctus se révèle après la réduction spontanée ou par taxis de la hernie étranglée. Les signes en sont la persistance de l'occlusion, les troubles généraux de toxémie, parfois l'existence d'un mélæna. On intervient alors par laparotomie et on trouve l'anse correctement réduite, mais secondairement infarctée sur une plus ou moins grande longueur. On peut obte-

nir la guérison par résection de cette anse (Patel).

Ces variétés d'*infarctus mécaniques* semblent vérifier l'hypothèse de Lenormant attribuant certains aspects d'infarctus à des *volvulus méconnus que l'on détord sans s'en douter* au moment d'extérioriser l'intestin. Dans cet ordre d'idées, Guilleminet a rapporté des observations de syndromes d'occlusion bâtarde chez l'enfant. La laparotomie montra un aspect violacé, épaissi, de la région iléo-cœcale avec infiltration et adénite dans le mésentère. Alors que le Professeur Nové-Josserand parle d'infarctus localisé, curable, Guilleminet émet l'*hypothèse d'invagination intestinale spontanément désinvaginée*.

Il faut mettre tout à fait à part, comme susceptible de jeter un grand jour sur la question, l'observation de Lecène, intitulée : « *Infarctus iléo-mésentérique par entérite ulcéreuse segmentaire* ». Un homme de 47 ans, sans antécédent pathologique, ressentit une douleur brusque, paroxystique dans la région ombilicale ; vomissements bilieux, tuméfaction pâteuse perçue dans un ventre souple ; température 38°. Il n'y eut pas d'hémorragie intestinale. Quarante-huit heures après, la laparotomie montra, à 50 cm. du cœcum, une anse rouge, *violacée par places*, avec aspect inflammatoire de la séreuse sur une longueur de 25 cm. ; le méso n'était pas très épaissi, l'aspect normal cessait brusquement en haut et en bas. L'entérectomie fut suivie de guérison après divers incidents. L'examen histologique de la pièce après entérectomie montrait qu'il n'existait aucune lésion vasculaire, mais seulement une infiltration leucocytaire périvasculaire. Les tuni-

ques intestinales étaient, au microscope, très inégalement altérées : seule la muqueuse était détruite complètement et les limites de cette destruction étaient extrêmement nettes, ce qui justifie le terme proposé par Lecène d' « entérite ulcéreuse segmentaire ». Nous ne savons pas encore quelle est la nature de cette lésion, infectieuse ou trophique. « Ce qui apparaît vraisemblable, c'est de la rapprocher d'autres processus mieux connus, les entérites phlegmoneuses et les ulcères non peptiques de l'intestin qui ont, eux aussi, cette limitation et ces aspects histologiques d'inflammation. L'aspect d'infarctus serait surajouté dans les cas qui nous occupent et dû à une congestion intense ou à une menace de sphacèle, bien faciles à comprendre, étant donné la septicité du milieu intestinal » (Moulonguet).

Ces entérites segmentaires sont d'autant plus intéressantes à connaître que leur aspect les rapproche davantage des thromboses mésentériques, sans cependant qu'il soit démontré qu'elles posent toujours les mêmes indications opératoires. Il est possible que certaines formes puissent guérir sans résection intestinale. D'autres, au contraire, comportent des lésions multiples et très étendues, telle l'observation de Tavernier où l'indication se posait d'une colectomie totale. D'autres enfin, comme celle qui a été rencontrée par Lecène, indiquent formellement une résection intestinale, puisqu'il y avait une menace de sphacèle, et cette résection a permis d'obtenir une magnifique guérison.

Il est donc bon de considérer ces faits d'entérite d'ulcéreuse avec infarctus, mais sans lésion vasculai-

re, comme un groupe d'attente, encore insuffisamment connu, mais qui peut, comme le présentait Lecène, apporter une grande lumière dans la question si obscure des infarctus hémorragiques de l'intestin.

On voit la difficulté que l'on rencontre quand on s'efforce de classer ces cas intermédiaires. Or, dans la plupart d'entre eux, il est très remarquable de constater que les hémorragies intestinales font défaut dans la symptomatologie.

Nous trouvons ainsi dans la littérature 21 observations presque entièrement superposables et qui peuvent se résumer comme suit : aucun antécédent pathologique, douleur abdominale atroce, de début brusque, vomissements, absence d'entérorragie, température aux environs de 38°, pâleur, ventre souple ou légèrement météorisé, sans contracture. Tous ces malades opérés en général d'urgence ont guéri. Chez 5 d'entre eux la laparatomie fut simplement exploratrice, chez les autres on dut pratiquer une résection intestinale plus ou moins étendue. Anatomiquement, on a constaté 5 fois une oblitération artérielle, 7 fois une thrombose veineuse ; 9 fois on ne donne pas de précisions sur la nature des lésions vasculaires. C'est à cause de ces constatations anatomiques le plus souvent insuffisantes qu'il est impossible d'assigner à ces syndromes d'infarctus intestinaux une classification précise.

D'après ce qui précède, on voit donc qu'il s'agit là d'une question en pleine évolution. On peut prévoir que, bientôt, on extraira du cadre de l'infarctus intestinal un certain nombre de maladies qui simulent

grossièrement ses lésions, mais ne possèdent ni la même étiologie, ni le même pronostic. En tous cas, il est surprenant de voir réunis actuellement dans le même chapitre de la pathologie, des accidents rapidement mortels quoiqu'on fasse, et d'autres spontanément et opératoirement curables.

Un travail de classement — d'ailleurs réclamé par tous les auteurs — doit donc être poursuivi, car il sera susceptible de nous donner de très importantes notions pratiques sur la question des infarctus intestinaux.

CHAPITRE QUATRIÈME

Observations

1. Infarctus opérés et guéris par résection

OBSERVATION I

(due à l'obligeance de M. le Docteur CLAVEL)

Un homme de 61 ans, maître d'hôtel, fut pris subitement, le matin du 27 août 1931, d'une *douleur abdominale très violente* accompagnée de *vomissements* et dont le maximum siégeait dans la région ombilicale et la fosse iliaque droite. A son entrée à l'Infirmierie de Porte de l'Hôtel-Dieu, cet homme vigoureux se présentait avec un faciès calme, une température de 37°8, un pouls à 100, en déclarant se sentir beaucoup mieux; mais, subitement, pendant qu'on le couchait dans son lit, il ressentit à nouveau une douleur atroce, irradiée dans tout l'abdomen et dans la région lombaire, accompagnée d'une sensation d'angoisse extrême. C'est à ce moment que je fus appelé à examiner ce malade: immobile, couché sur le dos, cuisses fléchies, les mains comprimant le ventre, il se refusait d'abord à toute palpation. Quelques instants plus tard, le paroxysme douloureux ayant cédé, je constatai un *ventre légèrement météorisé* mais souple, *sans con-*

tracture, sans défense aucune, au sein duquel on percevait un vague *empâtement de la fosse iliaque droite*. Cette tumeur pâteuse, l'absence de contracture ne plaidaient pas en faveur d'une appendicite, diagnostic avec lequel le malade avait été envoyé à l'hôpital; j'avoue que je songeais plutôt à une tumeur de la région iléo-cæcale avec invagination. Le toucher rectal était négatif; il n'y avait *pas eu de selles sanglantes*; la percussion ne décelait pas d'ascite, ni d'augmentation de volume du foie ou de la rate.

L'interrogatoire ne révélait aucun antécédent particulier : cet homme, au teint cependant fleuri, et maître d'hôtel de son métier, niait tout éthylisme, et ne se souvenait pas d'avoir jamais été malade; il croyait pourtant se rappeler qu'il y a vingt ans il avait eu une période de troubles digestifs avec pesanteurs et brûlures gastriques ayant duré six mois environ.

Sous anesthésie générale à l'éther, une incision de Max Schüller donna issue à une petite quantité de sérosité rosée. L'appendice et l'angle iléo-cæcal étaient normaux mais l'attention était immédiatement attirée par un hématone du volume du poing siégeant dans le mésentère, et par l'aspect vineux infarci des anses grêles correspondantes. L'infarcitus portait sur la partie *moyenne du grêle* intéressant 80 cm. d'intestin et se terminant brusquement à 60 cm. en amont de l'angle iléo-cæcal. Comme on peut le constater sur la pièce, la limite est extrêmement nette linéaire, entre la portion saine et la portion thrombosée de l'intestin. La tumeur perçue à la palpation correspond à la zone de mésentère infarci. L'intestin malade est aminci, distendu noir, privé de péristaltisme, mais il ne présente encore aucun signe de sphacèle. On extériorise la portion malade de l'intestin et la seule solution possible est la résection : la section est pratiquée à 5 cm. environ en amont et en aval de la zone infarciée et s'avance en coin dans le mésentère. Avant de faire l'anastomose termino-terminale au bouton de Villard on s'assure que l'intestin saigne bien. Sur le mésentère, la résection ne peut emporter toute la zone infarciée qui remonte en coin très haut; on a ainsi l'occasion de constater que les artères du mésentère saignent dans la région thrombosée et que les

veines seules sont oblitérées par des caillots vermiculaires très visibles au sein de l'hématome.

L'opération, techniquement très facile, fut terminée par fermeture complète de la paroi abdominale sans drainage. Rien d'anormal n'avait été vu au niveau de l'intestin ou du foie au cours de la laparotomie.

M. le Professeur Tixier voulut bien accepter ce malade dans son service où je pus l'observer jusqu'à guérison complète. Les suites opératoires furent très simples, la température n'ayant pas dépassé 38°; gaz le deuxième jour, selles le quatrième jour, non sanglantes. Un examen général, pratiqué par le Docteur Paliard, ne permit pas d'assigner à cet infarctus une cause médicale certaine : tension artérielle : 11/6, urines normales, Wassermann et Hecht négatifs, examen cardiaque négatif.

L'examen de la pièce ne révèle que la brusque transition entre le territoire sain et le territoire malade et l'oblitération des veines du mésentère avec intégrité des vaisseaux artériels. L'intestin réséqué qui a une longueur de 85 cm. a été incisé de bout en bout et n'a montré sur la muqueuse aucune lésion susceptible d'expliquer l'infarctus. La pièce ayant été malheureusement abîmée par le formol salé, l'examen histologique (Professeur agrégé E. Pollosson) n'a pu permettre des conclusions précises.

Revu ces jours-ci, trois mois après l'intervention, le malade a un bon état général, ses digestions, un peu pénibles pendant le premier mois, se sont régularisées; il n'y a pas d'ascite, et seules des présomptions tirées de la profession de cet homme permettent de soupçonner une origine hépatique à cet accident.

OBSERVATION II

(PATEL, *Société chir. Lyon*, 1^{er} juillet 1919, p. 145)

Homme, 31 ans. Bonne santé antérieure. Les accidents ont évolué en trois jours, douleurs abdominales, angoisse au début, hernie réduite sans difficultés. Au troisième jour, violentes coliques, *mœlena très abondant*, teint plombé, faciès

péritonéal, pouls : 140, hoquet. Abdomen ballonné, paroi contracturée au maximum, pas de péristaltisme. Intervention : un mètre de jéjuno-iléon est recouvert d'écchymoses foncées, noirâtres; hématome dans le mésentère. Aucune adhérence, aucune soudure, aucun sillon d'étranglement. Résection rapide. Les symptômes péritonéaux s'amendent trois jours après. Méléna abondant au huitième jour. Quinze jours après, thrombose fémorale. Convalescence rapide.

OBSERVATION III

(LAPOINTE, *Société Nat. Chir.* avril 1929, p. 561)

Malade âgée de 17 ans. Crise d'appendicite à début brusque la nuit du 14 juillet 1926. Opération 24 heures après le début. Appendice libre gangréné dans toute son étendue, mais non perforé.

Péritonite fibrino-purulente, avec gros foyer pelvien. Ablation de l'appendice, dessèchement du péritoine à la compresse. Suites favorables. Cicatrice complète en six semaines.

Quatre mois après, douleur atroce dans le ventre, vomissements bilieux, arrêt complet des matières et des gaz, masse douloureuse dans la fosse iliaque droite, aucun péristaltisme. T. : 37°9; pouls : 140; respiration : 40. Il n'y a pas eu d'hémorragie intestinale.

Intervention moins de 24 heures après, on pense qu'il s'agit d'une occlusion post-appendiculaire par bride ou volvulus. Infarctus du grêle. Mésentère épaissi et infiltré. Résection de 1 m.25 d'intestin grêle en zone saine.

Les veines sont pleines de caillots. Abouchement des deux bouts de l'intestin à la peau en canon de fusil. Suites inquiétantes pendant quatre jours, l'opérée résiste ; ulcérations de la peau par la suite, amaigrissement considérable.

Le 28 février 1927, intervention : libération des deux bouts accolés du grêle et entérectomie intrapéritonéale avec suture termino-terminale. La malade se lève le 15 mars. Revue quelque temps après, excellent état.

OBSERVATION IV

(DESPLAS, *Société nat. chir.*, 1924, p. 337)

Homme, 32 ans. Antécédents : dysenterie et plusieurs crises douloureuses étiquetées « appendicite ». La dernière date de trois semaines avec onze selles noires. Douleur violente avec maximum en dedans du point de Mac Burney. *Diarrhée abondante avec sang*. Vomissements fréquents et abondants, ventre légèrement ballonné, mais souple, contracture au-dessous de l'ombilic, toucher rectal négatif, Douglas douloureux,

Diagnostic. — Pancréatite hémorragique mais possibilité de thrombose mésentérique.

Intervention précoce, résection de 60 cm. d'intestin, anastomose latéro-latérale au bouton de Jaboulay, Suites opératoires bonnes, mais fistule stercorale au septième jour.

Onze mois après, réintervention pour la fistule avec succès. Il s'agissait d'une thrombo-phlébite mésentérique portant sur les branches terminales de la veine mésentérique supérieure.

OBSERVATION V

(PETIT-DUTAILLIS, *Soc. nat. chir.*, oct.-nov. 1931, p. 1070)

Homme, 39 ans. Typhoïde bénigne trois mois avant. Douleur atroce au creux épigastrique, vomissements aqueux et porracés, rétention des matières et des gaz, léger météorisme, contracture modérée surtout à droite. Pouls : 80; T. : 38°2.

Diagnostic. — Appendicite perforée ou pancréatite hémorragique.

Intervention précoce, résection de 80 cm. de grêle avec méso correspondant.

Suites satisfaisantes. Il semblait s'agir d'une oblitération par embolie portant sur le tronc de l'artère.

OBSERVATION VI

(BRADY, *Archives of Surgery*, Chicago 1923, p. 151)

Femme, 24 ans. Rhumatisme articulaire aigu deux ans auparavant ; fausse-couche deux jours avant, pas de température. Insuffisance mitrale et aortique probablement. Douleur généralisée, vomissements, contracture de l'abdomen, pas d'hémorragie intestinale. Pouls : 120; T. : 41°. Evolution en deux temps à un jour d'intervalle. Intervention 30 heures après. Résection de 50 cm. de grêle, anus iliaque. Au vingtième jour, anastomose latéro-latérale des deux bouts.

Thrombose des veines mésentériques.

OBSERVATION VII

(FRANCK, *Am. Jour. Surgery*, New-York 1923, p. 304)

Enfant, 10 ans. Rhumatisme articulaire aigu, trois semaines auparavant, endocardite. Douleur à l'abdomen qui est distendu, pas de vomissements, pas de tumeur, *expulsion de mucus mélangé de sang*.

Diagnostic. — Appendicite aiguë. Intervention quelques heures après. Résection de 60 cm. de grêle gangréné anastomose bout à bout. Quinze jours après hématurie abondante, douleur dans la région splénique. Guérison.

OBSERVATION VIII

(FINNEY cité par Brady, loc. cit.)

Femme atteinte de maladie de Raynaud. Douleur, vomissements, arrêt des matières et des gaz, ventre douloureux, léger ballonnement. Pouls : 110; T. : 37°8.

Diagnostic. .. Thrombose mésentérique. Résection de 90 cm. de grêle, anastomose latéro-latérale.

OBSERVATION IX

(BRÜTT, *Zentralblatt. f. Chir.*, Leipzig 1922, p. 611)

Homme, 41 ans. Myocardite grave, syndrome brusque d'occlusion intestinale.

Diagnostic. — Embolie mésentérique avec infarctus intestinal consécutif. Résection de 3 m. 70 de grêle. Diagnostic clinique confirmé par l'examen histologique.

OBSERVATION X

(BRÜTT)

Femme 42 ans. Violente douleur abdominale sans hémorragie intestinale. Résection de 50 cm. de grêle sphacélé. Thrombose d'une grosse branche de la mésentérique supérieure par endartérite syphilitique.

OBSERVATION XI

(WULSTEN, *Zentralblatt f. Chirurgie*, déc. 1929, p. 3155)

Homme 64 ans. Varices des deux jambes, datant de deux ans, siège de poussées phlébitiques. Douleur violente avec maximum à droite et au-dessous de l'ombilic, pas de vomissements, arrêt des matières; pas d'entérorragie, abdomen distendu, P. : 80; T. : 38°5. Ces accidents ont évolué en deux temps à quatre jours d'intervalle.

Diagnostic. — Thrombose mésentérique d'origine appendiculaire. Intervention quatre jours après. Résection de 3 m. 60 de grêle infarci. Anastomose latéro-latérale. Au bout de dix semaines état excellent, garde-robes régularisées.

OBSERVATION XII

(ORGEL, *New-York Medical Journal*, 1923, p. 695)

Garçon, 19 ans. Toujours en bonne santé ; douleur violente généralisée, vomissements, constipation, abdomen ballonné, contracturé surtout à droite.

Diagnostic. — Appendicite aiguë avec péritonite généralisée. Résection de 2 m. 25 d'intestin et méso. Anastomose bout à bout, guérison.

OBSERVATION XIII

(ADDISON)

Femme, 42 ans. Bonne santé antérieure, Douleur vive, vomissements, masse ronde, tendue, élastique dans la moitié inférieure de l'abdomen, pas de péristaltisme, pas d'entérorragie.

Intervention trois heures après, résection de 3 m. 50 d'intestin; thrombose de toutes les veines mésentériques.

Malade revue dix mois après, bon état général.

OBSERVATION XIV

(MITCHELL, *Ann. Surg.*, Philadelphie 1923, p. 299)

Femme, 20 ans. Bonne santé, forte constitution. Douleur violente épigastrique, vomissements, pas de contracture, pas de tumeur.

Diagnostic. — Appendicite aiguë. Intervention 24 heures après; appendice normal mésentère infiltré. Résection de 50 cm. d'iléon. Guérison en trois semaines.

OBSERVATION XV

(WYNNE)

Femme 42 ans. Bonne santé antérieure. Douleur à l'épigastre puis généralisée à l'abdomen, pas de vomissements, pas d'entérorragie, abdomen normal sans contracture. Résection de la portion infarcie abouchement des deux bouts à la peau. Etat critique pendant plusieurs semaines, deuxième intervention six mois après, anastomose latéro-latérale. Guérison.

OBSERVATION XVI

(FRÉDÉRIK C. WARNSHUIS, *Ann. J. Surgery*. New-York 1926
page 281)

Homme, 50 ans. Bonne santé antérieure. Douleur violente généralisée, constipation, vomissements brunâtres, péristaltisme de temps à autre.

Diagnostic. — Occlusion aiguë, résection de 60 cm. Phlébite aiguë des veines mésentériques.

OBSERVATION XVII

(SCHWERTER, rapporté par BRÜNS, *Deuts. Zt. Sch. f. Chir.*
Liepzig 1923, p. 390)

Garçon de 11 ans. Toujours en bonne santé. Douleur dans la fosse iliaque droite, arrêt des gaz et des matières, contracture surtout marquée à droite; trois semaines avant syndrome analogue. A l'intervention : résection d'une partie de l'intestin grêle et de 10 cm. de gros intestin caecum et appendice compris. Guérison.

OBSERVATION XVIII

(AUTEFAGE, *Soc. de chir.*, 22 mai 1918 p. 904)

Homme, 39 ans. Douleur dans la fosse iliaque droite, arrêt des gaz, vomissements bilieux. Ventre météorisé, légère défense.

Diagnostic. — Appendicite. Résection de 20 cm. de grêle. Appendice sain.

OBSERVATION XIX

(RHODES, *New-York Medical Journal*, 1922, p. 202)

Homme, 47 ans. Douleur violente dans l'hypochondre gauche, vomissements, constipation, abdomen tendu, tympanisme dans la moitié supérieure de l'abdomen.

Diagnostic d'occlusion. Résection de 1 m. 65 d'iléon avec son méso; torsion d'un quart de la racine du méso. Anastomose termino-terminale.

OBSERVATION XX

(GOSSET, *Soc. nat. chir.* 1903)

Femme, 50 ans. Depuis 20 ans, troubles digestifs, vomissements passagers.

Brusquement, coliques très violentes, on porte le diagnostic d'occlusion, quoique sans grand ballonnement et sans vomissements. Au troisième jour l'absence de gaz étant constatée, on intervient. Résection de 80 cm. de grêle infarcis dont le mésentère était comprimé par une bride épiploïque.

Sept ans après la malade est en très bonne santé.

OBSERVATION XXI

(NEUMANN)

Femme, 42 ans. Signes d'occlusion, léger ictère. Zone matité dans la fosse iliaque gauche. Résection de 40 cm. de grêle. Convalescence longue.

OBSERVATION XXII

(SHÖMAKER, *New-York Journal*, 4 déc. 1909, p. 1102)

Femme, 28 ans. Douleurs sous-ombilicales, vomissements, pas de sang. Laparotomie, infarcissement d'une grande partie de l'iléon et du mésentère correspondant.

Plusieurs bandes d'adhérences compressives. Résection de cet intestin. Guérison après fistule.

OBSERVATION XXIII

(HAAGEN citée par ZÉZAS)

Femme 37 ans. Violentes douleurs abdominales, vomissements fréquents. Arrêt des matières et des gaz. Perception d'une tumeur en boudin. *Selle sanguine*. Résection de 30 cm. d'intestin infarcis. Guérison après fistule.

OBSERVATION XXIV

(SPRENGEL, *Arch. fur Klin Chirur.*, 1902)

Homme, 38 ans. Pendant quatre jours, douleurs abdominales violentes, vomissements, amélioration, puis nouvelle aggravation, pas de selles depuis le début, météorisme marqué. Intervention : Résection de 10 cm. d'iléon thrombosés, abouchement à la peau. Guérison.

OBSERVATION XXV

(PHILOPOWICZ, *Zentr. für Chir.*, Leipzig 1923, p. 897)

Femme, 36 ans. Depuis de longues années douleur légère à l'hypochondre gauche. Etranglement herniaire réduit par le médecin. La douleur assez forte persiste. Pas de selles, pas de gaz. Météorisme notable. Laparotomie : partie moyenne de l'iléon infarcie sur 15 cm. Vaisseaux mésentériques thrombosés. Résection. Guérison rapide.

OBSERVATION XXVI

(PARCELLIER et J. MANGÉ, *Journal de Médecine de Bordeaux*, 1920, p. 335)

Homme, 63 ans. Trois ans auparavant a subi pour hernie inguinale droite une intervention au cours de laquelle on a réséqué 10 cm. d'iléon, portion terminale. Entré à l'hôpital pour hernie inguinale gauche étranglée; intervention : l'intestin hernié est sain, suites normales. 15 jours après l'intervention, violentes douleurs au-dessous de l'ombilic, arrêt des matières depuis deux jours. Abdomen légèrement ballonné, quelques contractions intestinales.

Intervention. — Rétrécissement du grêle au niveau de la valvule iléo-cæcale, au-dessus grêle très augmenté de volume parsemé de taches laiteuses. Entéro-anastomose entre l'anse dilaté et le cæcum. Guérison sans incidents.

OBSERVATION XXVII

(LECÈNE, dans le texte, voir page 27.)

2. Infarctus opérés et guéris spontanément

OBSERVATION XXVIII

(due à l'obligeance de M. le Docteur SANTY)

Malade envoyé d'un service de médecine pour appendicite aiguë. La première crise remonte à un an. Elle a été traitée par des moyens médicaux. Seconde crise en juillet 1927. Troisième crise en janvier 1928. La crise actuelle a débuté il y a quinze jours.

A l'entrée, le 5 juin 1928, douleur extrêmement vive au point de Mac Burney avec contracture de la paroi. Intervention immédiate. Incision de Max Schuller. Pas de liquide dans le péritoine. Appendice en situation ascendante, rétro-cæcal, très adhérent. Appendicectomie rétrograde.

On laisse une petite mèche hémostatique et un drain. Fermeture des plans profonds.

Examen de la pièce : appendice très enflammé, contenant un petit calcul.

Suites opératoires : La plaie suppure, mais l'état général reste satisfaisant.

Le 20 juin 1928 : depuis plusieurs jours, la température est remontée, le ventre est toujours ballonné, les gaz sont rares, et le malade ne va à la selle qu'avec des lavements. Le toucher rectal permet de sentir un point douloureux dans le Douglas qui bombe légèrement. Le 21 juin 1928 : devant la persistance du ballonnement, la perception d'une anse dilatée au niveau de la fosse iliaque gauche et l'apparition ce matin d'un léger ictère avec selles sanglantes on décide l'intervention.

Intervention (Docteur Santy), le 21 juin 1928 :

Incision de Mac Burney gauche; on trouve immédiatement une grande quantité de liquide citrin qui s'écoule. Distention des anses intestinales portant surtout sur l'S iliaque.

Les anses grêles, par contre, sont flasques et de coloration tout à fait anormale, violet sépia, avec une induration considérable du système veineux de la racine du mésentère. Il paraît s'agir d'une thrombose de la veine mésentérique supérieure. On referme sans rien faire.

Le 27 juin 1928 : état stationnaire. Le malade a eu plusieurs selles. L'ictère continue assez foncé. La température est autour de 38°5. Le pouls est un peu rapide. Le malade reçoit quotidiennement une injection d'urotropine.

Le 2 juillet : le malade s'améliore progressivement, mais lentement. La température baisse peu à peu, l'ictère diminue.

Le 14 juillet 1928 : le malade paraît définitivement rétabli. Il ne souffre plus du ventre, va régulièrement à la selle, n'a plus d'ictère. L'état général s'améliore lentement.

OBSERVATION XXIX

(due à l'obligeance de M. le Médecin-Colonel ETIENNEY)

(*Revue médicale de la Franche-Comté*, tome xxxiv, n° 1,

15 janvier 1931)

Un jeune soldat de 21 ans est amené à l'hôpital avec le diagnostic d'occlusion intestinale aiguë chez un ancien opéré d'appendicite. Il est dans un état grave. On intervient d'urgence. Quelques bouffées d'éther suffisent à l'anesthésie. Le ventre ouvert, il s'en écoule environ 2 litres d'un liquide sanguinolent, sans odeur. La masse du grêle apparaît uniformément violacée avec petites zones noirâtres, truffées; les anses, augmentées de volume, très épaissies, infarcies, crépitent sous les doigts. Ces lésions s'étendent de la première anse jéjunale jusqu'au cæcum. Pas trace de volvulus, de coudure, de bride ou agent d'étranglement; rien, en particulier, du côté de la fosse iliaque droite; pas de perforation. Le mésentère est court, épaissi, dur, lardacé, noirâtre; on ne perçoit pas de battements artériels à son niveau. Ne pouvant songer à pratiquer une résection totale de l'intestin malade,

pas plus qu'à tenter une extériorisation ou encore une entérostomie quelconque, on se borne à placer un gros drain dans le Douglas, puis on referme la paroi en un plan. Une heure après l'opération, le poulx, jusque-là imperceptible, a reparu ; le vomissements et les douleurs ont cessé. Le malade, veillé, surveillé et dopé sans arrêt, demeure dans un état très précaire pendant quarante-huit heures, puis, contre toute espérance, une amélioration progressive survient. Le drain est rapidement supprimé, les gaz réapparaissent le cinquième jour, les selles au huitième, l'alimentation est commencée au neuvième. Le malade quitte l'hôpital, guéri, le 22 août. Il a été revu trois mois après en excellente santé.

OBSERVATION XXX

(OBADALEK, *Zentralblatt f. Chir.*, juin 1930)

Garçon, âgé de 12 ans porteur d'ascaris.

Douleurs abdominales violentes et brusques, le lendemain amélioration.

Six jours plus tard, nouvelle crise semblable, douleur violente, arrêt des matières et des gaz, vomissements. Abdomen météorisé, dans sa partie supérieure, sensibilité plus marquée à droite, contracture musculaire, cul-de-sac de Douglas très sensible. P. : 120; T. : 38°8.

Diagnostic. — Appendicite. A l'intervention, le jéjunum en totalité et l'iléon jusqu'à 40 cm. de la valvule de Bauhin sont infarcis, vaste hématome dans le mésentère. Appendicectomie drainage du Douglas, *on ne résèque pas l'intestin*. Amélioration marquée.

Au troisième jour, l'enfant ayant mangé, nouvelle crise abdominale très violente durant 48 heures. La convalescence se poursuit sans autre incident.

OBSERVATION XXXI

(PERDOUX *Revue Médicale du Centre-Ouest*,
pages 168-170, juin 1929)

Homme, 63 ans. Souffre depuis trente ans de coliques intermittentes avec diarrhée.

Syndrome abdominal douloureux : coliques depuis plusieurs jours, devenues plus violentes depuis douze heures avec arrêt des matières et des gaz; ventre contracté; température normale, pouls bien frappé.

Intervention : 60 cm. de grêle infarcis, mésentère correspondant infiltré, on porte le diagnostic de thrombose mésentérique, *l'abstention opératoire est décidée*, un pronostic fatal est porté.

Le lendemain et le surlendemain, une *selle sanglante*; les coliques cessent, l'état général s'améliore peu à peu, et après quelques jours, le transit intestinal se rétablit. Guérison sans incident. On ne trouve pas la cause de la thrombose.

OBSERVATION XXXII

(L. MICHON, *Soc. Nat. Chir.*, Paris 1931 p. 1511)

Femme, 47 ans. Occlusion intestinale avec crises douloureuses datant de 36 heures.

Laparotomie : 1 mètre de grêle dans la partie initiale est violacé, distendu, œdématié. Mésentère friable, hémorragique.

On fait le diagnostic de thrombose mésentérique au-dessus des ressources chirurgicales, en raison de son siège.

Le ventre est refermé. La malade guérit très simplement. L'examen général n'a rien révélé.

OBSERVATION XXXIII

(REED, *Ann. Surgery*, Philadelphie 1921 p. 797)

Femme, 50 ans. Douleurs abdominales intenses, une année auparavant et un mois avant la crise. A l'entrée, crise durant depuis trois jours. Douleur à droite, vomissements, contraction, surtout à droite, tympanisme. Pas d'hémorragie intestinale, constipation. P. : 100; T. : 33°7.

A l'intervention, 5 cm. de grêle thrombosés et plusieurs autres thromboses dans le domaine de la mésentérique supérieure. Appendicectomie, *pas de résection*. Suites favorables.

OBSERVATION XXXIV

(DEAVER)

Homme, 51 ans. Douleur, vomissements, constipation, défense musculaire dans la région épigastrique avec maximum dans le segment supérieur gauche de l'abdomen. A l'intervention, thrombose de l'artère mésentérique supérieure avec hémorragie dans le mésentère; le segment d'intestin correspondant paraissant nourri par les collatérales, *on décide l'abstention*. Guérison.

OBSERVATION XXXV

(TSCHUDY, *Hébert de la Rousselière, thèse*, Paris, 194)

Apparition d'ileus après appendicectomie à froid, trois jours après l'opération.

Laparotomie : on trouve toute le cæcum transformé en un boudin cylindrique de la grosseur d'un bras d'enfant dur, et de couleur rouge bleuâtre. *On se contente d'extérioriser l'intestin malade du resté de la cavité abdominale*. Veines dures, remplies de thrombus. Quelques heures après l'opération, l'intestin reprit ses fonctions. Convalescence normale.

OBSERVATION XXXVI

(RICHE, dans le texte, voir page 24.)

CONCLUSIONS

I. — Nous avons étudié 36 observations d'infarctus intestinaux opérés et guéris, soit par résection intestinale, soit spontanément à la suite d'une simple laparotomie exploratrice.

Six fois seulement, soit dans la proportion de 16 % des cas, nous avons constaté des hémorragies intestinales.

Dans les cas mortels, c'est dans la proportion de 70 à 80 % que nous avons rencontré l'entérorragie.

II. — La valeur séméiologique des entérorragies dans l'infarctus intestinal est très faible.

Il faut, ou bien cesser de considérer ce signe comme pathognomonique de cette affection, ou bien démem-

brer le cadre de l'infarctus intestinal qui comprend des faits trop disparates.

III. — Au point de vue du pronostic, l'hémorragie intestinale se présente comme un symptôme défavorable, et son apparition doit être considérée comme l'indice d'un pronostic fâcheux.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
TIXIER.

Vu :
LE DOYEN,
Jean LEPINE.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 22 Novembre 1932.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ.

Pour le Recteur et par délégation :

LE VICE-PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
KLEINCLAUSZ.

BIBLIOGRAPHIE

- AUVRAY. — Infarctus hémorragique de l'intestin par thrombose veineuse. *Soc. de chir., Paris*, 27 janvier 1909, t. I, p. 138.
- AUTEFAGE. — Thrombose des vaisseaux mésentériques au niveau d'une anse grêle. Résection. Guérison. *Soc. de Chir. Paris*, 22 mai 1918, p. 904, t. I.
- BACHY. — *Soc. Nat. Chir., Paris*, 1931, p. 1487.
- BAILEY. — Purpura et syndrome abdominal aigu. *The British Journal of Surgery*, oct. 1930.
- BOLOGNESI. — Oblitération expérimentale des vaisseaux mésentériques. *Zentr. f. chir.*, 27 novemb. 1909.
- BRADY. — Mésentérie vascular occlusion. *Arch. of. Surgerey*, Chicago, 1923. p. 151.
- BÉGOUIN. — *Revue de Chirurgie*, mars 1899.
— *Archives de physiologie*, 1898.
- CLAVEL. — Infarctus du grêle par thrombose veineuse. *Soc. chir., Lyon*, 26 nov. 1931. In *Lyon Chirurgical*, mars-avril 1932, p. 220.
- CROIZAT ET PLANCHU. — Les formes spontanément curables des oblitérations des vaisseaux mésentériques. *Journal de Médecine de Lyon*, 20 janvier 1932.
- DUVAL ET GATELIER. — In *Précis de Pathologie chirurgicale*, vol. IV, p. 603.

FARAH. — L'Infarctus hémorragique de l'intestin. *Thèse de Paris*, 1929.

GALLAVARDIN. — Embolies et thromboses mésentériques. *Gaz. des Hôp.*, août 1901, p. 929 et 957.

GOSSET. — *Soc. Nat. Chir., Paris*, 1931, p. 1682.

GUILLEMINET. — *Soc. Chir., Lyon*, séance du 18 déc. 1930, *In Lyon Chirurgical*, 1931, p. 263.

JACOULET. — Infarctus hémorragique de l'intestin. *Gaz. des Hôp.*, 13 oct. 1909, p. 1507.

KÜSSMAUL. — *Wurzb. med. Zeitschrift*, Bd, 5, 1864.

LAGANE. — Les artérites intestinales. *Thèse*, Paris, 1911.

LAPOINTE. — *Soc. Nat. chir., Paris*, avril, 1929, p. 561, t. I.
— *Soc. Nat. chir., Paris*, 1931, p. 1556.

LATARJET. — Notes d'anatomie sur l'intestin grêle et le mésentère, *Lyon Chir.*, janvier 1910.

LECÈNE. — *Bull. et Mém. de la Soc. Anat., Paris*, 1911, p. 291
— *Soc. Nat. Chir., Paris* 1931, 25 nov., p. 1504.

LÉVY-WEISMANN. — Les embolies des artères mésentériques. *Revue Générale, Gaz. Hôp., Paris*, 1924, p. 1125.

MAUCLAIRE ET JACOULET. — Infarctus hémorragique de l'intestin. *Arch. Gén. de Chir.*, mars et avril 1908.

MICHON. — *Soc. Nat. Chir., Paris*, 1931, 25 novembre, p. 1511.

MONDOR. — Diagnostics urgents. Abdomen.

MOULONGUET. — *Soc. Nat. chir., Paris* 1931, p. 1504.

PATEL. — Infarctus hémorragique de l'intestin grêle. *Soc. de Chir. de Lyon*, 19 mai 1910, p. 145.

PETIT-DUTAILLIS. — *Soc. Nat. Chir. Paris*, oct., nov. 1931, p. 1070.

PICQUÉ ET GRÉGOIRE. — *Bulletins et Mémoires de la Soc. Nat. de Chir., Paris*, 14 janvier 1902.

RICHE. — *Soc. Nat. Chir., Paris*, 1931, p. 1559.

ROUSSEL. — Infarctus hémorragique de l'intestin consécutif aux thrombo-phlébites mésaraïques. *Thèse Paris*, 1905.

ROUSSELIÈRE (DE LA). — Etude sur l'oblitération des vaisseaux mésentériques. *Thèse, Paris*, 1914.

SAUVÉ. — De l'oblitération des vaisseaux mésentériques. *Journ. de Chir., Paris*, nov. 1910.

SILHOL. — *Thèse de Montpellier*, 1930.

TARAVELLIER. — Contribution à l'étude de l'oblitération des vaisseaux mésentériques. *Thèse, Lyon*, 1911.

TAVERNIER. — *Soc. Nat. Chir., Paris*, 1931, p. 1685.

TRÉMOLLIÈRES ET CAUSSADE. — Oblitération des vaisseaux mésentériques. In *nouveau traité de Médecine*, Roger, Vidal et Teissier, 1924, fasc. XIV, p. 291.

ZÉSAS. — Thrombose et embolie des vaisseaux mésentériques. *Zentralblatt, I. d. Grenzgel. der Med. und. Chir.*, juin 1910, p. 321-334.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION	9
CHAPITRE I. — Rappel anatomo-clinique	11
CHAPITRE II. — L'entérorragie dans l'infarctus intestinal.	15
CHAPITRE III. — Essai de classification des syndromes d'infarctus intestinaux	21
CHAPITRE IV. — Observations	31
CONCLUSIONS	49
BIBLIOGRAPHIE	51
